

郵送の場合は空欄でOK

年 月 日

海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金交付請求書

海老名市長 殿

(申請者)

氏名

住所

申請書の申請者と同じ情報

連絡先

(交付決定通知書の交付日)
空欄でOK

年 月 日付で交付の決定を受けた海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金について、海老名市がん患者ウィッグ等医療用補整具購入助成金交付要綱第8条第1項の規定により、次のとおり請求します。

1 交付決定額 金 C (交付決定通知の金額) 円

2 請求額 金 Cと同額 円

3 振込み口座

金融機関名

支店名

預金種別 普通 ・ 当座

口座番号

口座名義

申請者名義の振込口座を記載してください。申請者以外の名義に振込を希望する場合は、委任状が必要になります。ご相談ください。